



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

N A V I A	N A V I A	E L B A A L E X A N D	1 5 4 1 8 9 0 4	-	1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
0 9 0 7 2 0 1 4	0 8 0 7 2 0 1 4	3 2	F		
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
0 4	C U A T R O				
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS				

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

				-	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
FECHA NACIMIENTO					

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI
 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 = SI
 1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

			DIA				MES					AÑO
--	--	--	-----	--	--	--	-----	--	--	--	--	-----

HORA MINUTOS 1 = SI
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

						MES					AÑO
--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	-----

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA
 B = TARDE
 C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA Libertad #1439 DPTO. 1415,
Santiago

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C L A V E R O	P E R E Z	M A R C O A N T O N I	7 4 0 2 3 3 1	-	2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
13760-k		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓNA		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	FIRMA PROFESIONAL		
2-3625555/	AV SANTA MARIA , Providencia	<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN				

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002888767-1

Sucursal : CLÍNICA INDISA - CLÍNICA INDISA
Fecha Otorgamiento : 09-07-2014 17:40 hrs.
Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA
Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : CLAVERO PEREZ, MARCO ANTONIO
Rut : 7402331-2
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
Dirección : AV SANTA MARIA , Providencia - Tel: 2-3625555

2. Datos Trabajador

Nombre : NAVIA NAVIA, ELBA ALEXANDRA
Rut : 15418904-1
Edad : 32
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 08-07-2014 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : Libertad #1439 DPTO. 1415, Santiago
Fecha término : 11-07-2014 Teléfono :
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 09-07-2014 17:40 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 09-07-2014
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.